ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย โดยหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในกระบวนการสื่อสารในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้และมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการกำหนดคำนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการรักษา เกิดการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรด้านสุขภาพ ต่อไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ (๑๐) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศ นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามท้ายประกาศนี้เพื่อให้มีผลบังคับใช้ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ นำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ของตนเองต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
อนุทิน ชาญวีรกูล
รองนายกรัฐมนตรี
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้าย

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับ

เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ที่จัดทำขึ้น จำเป็นต้องได้รับการยอมรับและมีความเข้าใจร่วมกันจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรสาขาอื่นๆ เพื่อให้มีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานองค์กรของตนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ นับตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การกำหนดแผนงานโครงการ การกำหนดงบประมาณ การจัดการทรัพยากรบุคคล การให้บริการ และการเงินการคลัง ตลอดจนการควบคุมกำกับ การตรวจสอบ การพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

ได้พิจารณาเอกสาร นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

ชื่นชม คณะทำงานวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ร่วมกันจัดทำ นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น

รับทราบ สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น

ตระหนัก ว่าปัจจุบันผู้ให้บริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลมีการจัดบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองกันอย่างกว้างขวาง แต่มีรูปแบบบริการที่หลากหลาย ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลกับการจัดระบบการสนับสนุนและการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขตามมา

ตระหนัก ถึงความจำเป็นของการมีนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน หน่วยงานนโยบายด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐอื่นๆ องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง สำหรับนำนิยามนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการตามภารกิจและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานหรือองค์กรของตนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมภายใต้บริบทของประเทศไทย

จึงมีมติดังนี้

๑. รับรอง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย ตามเอกสารแนบมติในสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนี้

๒. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำเสนอ นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และจัดทำเป็นประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษาต่อไป

๒.๒ สื่อสารนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย กับกระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานรัฐอื่นๆ องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา และภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันนำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมสอดคล้องตามตามภารกิจอำนาจหน้าที่และบริบทของตน

๔. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๕. ขอให้สถานพยาบาล หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานด้านนโยบายสุขภาพ องค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข องค์กรด้านศาสนา และอื่นๆ พิจารณาการนำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน รวมทั้งการศึกษาวิจัยตามหน้าที่และอำนาจของตน

๖. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาการทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ พิจารณาปรับปรุงนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ตามความเหมาะสม

สารบัญ

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความสำคัญและได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้บริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลจัดบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีรูปแบบบริการที่หลากหลายตามความเข้าใจและความสนใจของแต่ละแห่ง ทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนในเชิงระบบให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ สถานพยาบาลที่ดำเนินการ ผู้ป่วยหรือญาติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการรองรับเพื่อให้การสนับสนุนการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองแล้วก็ตาม แต่จากการที่ประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดคำนิยามปฏิบัติการและคำอธิบายความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีข้อถกเถียงกันมากมายในมิติต่างๆ ทั้งเรื่องประเภทผู้ป่วย ลักษณะการบริการ สังคม วัฒนธรรม ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยแตกต่างกัน กำหนดแนวทางในการดูแลแตกต่างกันไปตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้เกิดปัญหามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา นอกจากนั้นยังส่งผลกับการจัดระบบการสนับสนุนและบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพตามมาด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์หลัก ๔ องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการจัดทำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น โดยได้ทำงานร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ตลอดกระบวนการ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวันตาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ เพื่อให้ได้นิยามฯ ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกัน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการได้ โดยนิยามฯ ดังกล่าว เป็นนิยามปฏิบัติการภายใต้บริบทของประเทศไทย มีการใช้ถ้อยคำที่ไม่เป็นวิชาการมากนัก ใช้รูปแบบและสำนวนภาษาที่สาธารณชน

เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสาขาอื่น ๆ นำไปใช้ปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานได้ นับตั้งแต่ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การกำหนดแผนงานโครงการ การกำหนดงบประมาณ การจัดการทรัพยากรบุคคล การให้บริการ และการเงินการคลัง ตลอดจนการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

ในการดำเนินงานจัดทำนิยามฯ ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยมีการอ้างอิงเอกสารทางวิชาการจากที่ประเทศไทยและทั่วโลกให้การยอมรับ โดย สช. ได้นำนิยามฯ ฉบับนี้เข้าสู่กระบวนการรับฟังความเห็นในวงกว้างทางเอกสารและเว็บไซต์ ก่อนที่จะนำเข้าสู่เวทีรับฟังความเห็นและกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นซึ่งกำหนดไว้ใน มาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อหาฉันทมติร่วมกันจากหน่วยงานองค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานด้านนโยบายสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และในที่สุด สช. ได้นำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สช. ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการยกร่างนิยามปฏิบัติการฯ นี้ โดยหวังว่านิยามปฏิบัติการฯ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต

ลำดับกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๙/๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operation definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อทำหน้าที่ จัดทำคำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อ สช. และจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งคำนิยามปฏิบัติการฯ

วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๑ พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการฯ ระหว่าง ๕ องค์กร ประกอบด้วย สช. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมคณะทำงานยกร่างคำนิยามจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

๑. วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๑ ณ ห้องประชุมสุชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๒. วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๒ ณ ห้องประชุมสุชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๓. วันที่ ๕–๗ กันยายน ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๓ ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๔. วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๔ ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ๒ ครั้ง ได้แก่

๑. ในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐–๑๗.๐๐ น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร

๒. วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร

ประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานที่ดำเนินการยกร่างนิยาม ๒ ครั้ง ได้แก่

๑. วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสุขน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

๒. วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสุขน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สช. ได้จัดส่งจดหมายไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยแบบประคับประคองของเอกชน องค์กรศาสนา หน่วยงานนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษาทั้งคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ สภาวิชาชีพและราชวิทยาลัย จำนวน ๒,๐๑๒ แห่ง/คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบระคับประคอง เห็นทางจดหมาย ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๒ โดยมีการส่งจดหมายตอบกลับมา ๑๔๑ แห่ง/คน ซึ่งระบุชื่อผู้ส่ง ๘๕ แห่ง/คน และไม่ระบุชื่อผู้ส่ง ๕๖ แห่ง/คน

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สช. เปิดรับฟังความคิดเห็นเป็นการทั่วไปทาง ทาง Website ต่อนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๒ โดยมีผู้เข้ามาตอบจำนวน ๑๕ ราย

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒ สช. ได้เชิญผู้แทนโรงพยาบาล สภาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆ และบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มาร่วมประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒ หลังจากที่รับฟังความคิดเห็นจากโรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐและเอกชน ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ประชุมคณะทำงานยกร่างคำนิยามเพื่อปรับปรุงร่างนิยามปฏิบัติการ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๒ จัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

ส่วนที่ ๑ ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)

---

๑. ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)

ภาวะเจ็บป่วยหรือเสื่อมถอยทางกาย จิต หรือจิตเวช ซึ่งดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน ก่อให้เกิดข้อจำกัดถาวรต่อสมรรถนะทางกาย จิตใจ และการรู้คิด (Cognition) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การใช้ชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคม[1,2]

๒. ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life - Limiting Condition)

ภาวะที่รักษาไม่หายขาดและทำให้มีชีวิตสั้นลง บางภาวะอาจเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแล[3]

๓. ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Condition)

ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ หรือเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสล้มเหลวในการรักษาสูง

๔. ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal Illness)

โรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้ และคาดหมายว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า[4]

๕. ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)

ภาวะที่อวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไประยะเวลาการเสียชีวิต อาจเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน

---

[1] Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N, Mani RK, Rajagopal MR. Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2018; 22(4): 249-262

[2] National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics for the U.S. Population [Internet]: National Health Interview Survey [cited 17-18 Sep 19]. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf

[3] The International Association for Hospice and Palliative Care. Life-limiting condition [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from https://pallipedia.org/life-limiting-condition/

[4] อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ ๑

๖. การตาย (Death)

ภาวะที่หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต หรือระบบประสาท ก้านสมอง หยุดทำงานอย่างถาวร

๗. ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)

ภาวะหรือประสบการณ์ของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

๘. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้าโศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่นๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม

๙. ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์ และการดำเนินชีวิตนานกว่าปกติ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๕ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)[5, 6, 7, 8]

๑๐. ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorders of Consciousness)

เป็นภาวะที่สมองของบุคคลได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury) หรือ ได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ (Non-Traumatic Brain Injury) เช่น การขาดออกซิเจน การอักเสบรุนแรง ทำให้สูญเสียภาวะการณ์ตื่นรู้ (Wakefulness) และการรับรู้ (Awareness)

---

[5] เกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๕ (DSM-5) ได้จัดความเศร้าโศกที่ผิดปกติมีเกณฑ์อยู่ ๕ หมวดหลัก ได้แก่ ได้จัด CG ไว้ในชื่อว่า "Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) การวินิจฉัย CG หรือ PCBD ตามเกณฑ์ DMS-5 มี criteria ๕ หมวดหลัก ได้แก่ต้องเป็นผู้ประสบกับการเสียชีวิตของคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (criteria A) ต้องมีอาการหลักใน criteria B อย่างน้อย ๑ ใน ๔ ข้อ และ ต้องมีอาการแสดงย่อย ๆ ใน criteria C อีก ๖ ใน ๑๒ ข้อ โดยผู้สูญเสียมีอาการ ทั้ง criteria B และ C นานกว่า ๖ เดือน หรือ ๑ ปี (ตามอายุ ผู้สูญเสีย) อาการข้างต้นต้องมีผลกระทบต่อการอยู่ร่วมในสังคม กระทบต่องานหรือการดำเนินชีวิต (criteria D) และ ภาวะเศร้าโศกดูมากเกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือ ไม่เข้ากับ วัฒนธรรม ศาสนา หรือบรรทัดฐานที่เหมาะสมตามอายุ (criteria E)

[6] Kissane DW, Zaider TI. Bereavement. In: Nathan Cherny Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow,editor. Oxford Textbook of Palliative Medicine 5ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014. p. 1110-22.

[7] Twycross R. Bereavement. In: Robert T, editor. Introducing palliative care. 4 ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 45-52

[8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington. American Psychiatric Publishing; 2013

ภาวะนี้เกิดขึ้นภายหลังสมองได้รับอันตรายร้ายแรง ระยะแรกไม่ตื่นไม่ลืมตาไม่ว่ากระตุ้นเพียงไร เรียกภาวะนี้ว่าโคม่า (Coma) เมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งอาจต้องรอนานถึง ๒๘ วัน จึงสรุปได้ถึงสถานะและพยากรณ์โรค ได้แก่

(๑) การกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่น้อย (Severe Disability) หลังจากนี้ผู้ป่วยยังมีการฟื้นตัวได้อยู่

(๒) ภาวะมีสติเล็กน้อย (Minimal Conscious State, MCS) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้อยู่ แต่มีการสูญเสียการรับรู้โดยยังสามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้บ้าง เป็นเวลาอย่างน้อย ๒๘ วันนับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สึกตัว

(๓) ภาวะตื่นแต่ไม่รับรู้ (Unresponsive Wakefulness หรือ Vegetative State) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้ แต่ไม่รับรู้และไม่ตอบสนองสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย ๒๘ วันนับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สึกตัว

หลักฐานการแพทย์ปัจจุบัน จะเรียกภาวะตื่นแต่ไม่รับรู้ (Chronic/Permanent Vegetative State) เมื่อภาวะที่บุคคลตื่นแต่ไม่รับรู้ต่อสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานกว่า ๓-๖ เดือน กรณีสมองได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ หรือนานกว่า ๑๒ เดือน หลังจากที่สมองได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีโอกาสฟื้นตัวได้ยากอย่างยิ่ง[9] การกำหนดนิยามเหล่านี้เพื่อให้แพทย์ไม่ด่วนสรุปผู้ป่วยโคม่าว่ามีพยากรณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและหยุดการรักษาพยุงชีพเร็วเกินไป[10]

ส่วนที่ ๒ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)

---

๑๑. ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)

บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายรวมถึง ผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาจะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ

[9] Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S. Practice guideline update recommendations summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research.. *Neurology*. 2018 Sep 4;91(10): 450–460

[10] National Health Service, Disorders of consciousness [Internet]. nhs.uk. 2018 [cited 2019 Sep 18]. Available from: https://www.nhs.uk/conditions/disorders-of-consciousness/

๑๒. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney)

เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ได้

๑๓. ครอบครัว (Family)

ผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย มีความเชื่อมโยงกันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา หรือคู่ชีวิต หรือทางกฎหมาย หรือประเพณีวัฒนธรรม หรือบุคคลที่ไว้วางใจ

๑๔. ผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

๑๕. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน ให้การดูแลโดยมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

๑๖. ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)

กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกันรวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

๑๗. ทีมสหวิทยาการ (Multi-Disciplinary Team)

กลุ่มคนที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการจากหลายสาขาวิชา ซึ่งแต่ละคนทำงานอย่างอิสระ คู่ขนานกันไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีเป้าหมายการดูแลรักษาร่วมกัน

ส่วนที่ ๓ การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)

๑๘.ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ

(ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[11]

๑๙. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย[12] ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ

การดูแลแบบประคับประคอง มี ๓ ระดับ ได้แก่

(๑) การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(๒) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(๓) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

องค์การอนามัยโลก ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ดังนี้ เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนิน

---

[11] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. [cited 2019 sep 18]. Available from: https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/คู่มือ%20LTC%20.pdf

[12] WHO.WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2012 Dec 30]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

โรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

คำว่าการดูแลแบบประคับประคอง มีการทับซ้อนกับการดูแลแบบ Supportive Care ซึ่งหากแปลเป็นไทยตรงตัวว่า "ประคับประคอง" จะเกิดความสับสน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า คำว่า Supportive Care เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก เป้าหมาย คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันหรือจัดการอาการของโรค ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค และผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา[13] ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงโรคลุกลาม และต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) จึงอาจเรียก Supportive Care ว่า "การดูแลสนับสนุน"

๒๐. การดูแลสนับสนุน (Supportive Care)

การดูแลแบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายคือ เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค หรือจัดการอาการของโรคและผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา

๒๑. การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)

การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี

๒๒. การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)

การดูแลเด็กป่วยจากภาวะที่จำกัดอายุขัยหรือคุกคามต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการประคับประคองครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัยและต่อเนื่องโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาโรคหรือไม่[14]

๒๓. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

๒๔. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยการบูรณาการ ประสานงาน และร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ

---

[13] Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1[Internet]. European journal of palliative care, 2009; 16(6) [cited 18 Sep 2019] Available from: https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf

[14] อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ ๑๒

๒๕. การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care)

การบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม

๒๖. ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Service)

ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก (Respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าวเรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice)

๒๗. สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center)

หน่วยงานที่ให้บริการแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต แบ่งได้เป็น ๒ ระดับคือ

(๑) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) ทำหน้าที่จัดบริการ

(๒) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center) มีความสามารถในการฝึกอบรมและวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ

๒๘. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

๒๙. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will)

หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย[15]

๓๐. การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)

การเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะเกิดขึ้นได้เมื่อระบบบริการสาธารณสุขเอื้อให้มีการบริหารยากลุ่มนี้ทั้งการจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา กระจายยา และสั่งจ่าย ในโรงพยาบาลทุกระดับและสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย รวมถึงมีการบริหารจัดการยาที่บ้าน

---

[15] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

๓๑. การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care)

การเข้าถึงระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพและพอเพียงโดยปราศจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทั้งภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

๓๒. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุกๆ มิติของชีวิต รวมถึง สุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

๓๓. การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)

การดูแลผู้ป่วยที่ยึดถือมุมมองจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยยังคงรักษาสิทธิ ความประสงค์ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการทำความเข้าใจชีวิตในภาพรวมตามความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และนำไปสู่การออกแบบการดูแลแบบองค์รวม

๓๔. การตายดี (Good Death)

การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย[16]

๓๕. จิตวิญญาณ (Spirituality)

การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับและเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว คนรอบข้าง ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต

---

[16] The Economist. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet]. 2015 [18 Sep 2019]. Available from: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf

---

ส่วนที่ ๔ จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethic and Medico-legal issues)

---

๓๖. การรักษาพยุงชีพ (Life-Sustaining Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ประคับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจและความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ[17,18]

๓๗. การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์

๓๘. การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)

การรักษาที่แน่ชัดว่าไม่ได้ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ เช่น การใช้เครื่องพยุงชีพหวังให้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยสมองตาย

๓๙. การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death: AND)

การตัดสินใจให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยงดการรักษาพยุงชีพ ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Active Dying) เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน

๔๐. การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment)

การตัดสินใจไม่เริ่มใช้ ไม่เพิ่มระดับการรักษาพยุงชีพ(Withholding Life-Sustaining Treatment) การหยุด หรือถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องพยุงชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต และก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เอง ภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้ การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ มิใช่เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)

---

[17] ศัพท์บัญญัติ ราชบัณฑิตยสถาน [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from: http://rirs3.royin.go.th/coinages/webcoinage.php

[18] Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM., Baras M, Michalsen A. et al. Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. October 15 2014; 190(8): 855-866

๔๑.การุณยฆาต (Euthanasia)

การกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ

๔๒.การยุติชีวิตด้วยตนเองโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-Assisted Suicide)

การที่แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการเพื่อยุติชีวิตตัวเอง

๔๓.การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation)

การบำบัดโดยการให้ยาลดระดับความรู้สึกตัว หรือทำให้ไม่รู้สึกตัว แก่ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงหรือจัดการลำบาก และจัดการด้วยวิธีการอื่นไม่สำเร็จ[19,20]

๔๔. หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)[21, 22, 23]

การกระทำที่มีเจตนาดี แม้จะตามมาด้วยผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาก็ตาม โดยมีองค์ประกอบครบ ๔ ประการ ดังนี้

(๑) การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเองหรือเป็นกลาง

(๒) การกระทำนั้นเป็นไปด้วยเจตนาให้เกิดผลดี ไม่มีเจตนาให้เกิดผลร้าย

(๓) ผลลัพธ์ที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำที่ไม่ดี

(๔) ผลดีมีน้ำหนักมากกว่าผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น

---

[19] เนื่องจากการลดระดับความรู้สึกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Sedation) ในระยะท้ายของชีวิต เป็นหัตถการที่มีประเด็นทางจริยธรรม (Ethical concern) เมื่อลดระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย ถึงจุดที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการ ไม่สามารถกินดื่มได้ จึงอาจถูกมองว่าเป็นเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ดังนั้นการลดระดับความรู้สึกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Sedation) ในระยะท้ายของชีวิต ต้องมีเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วว่า ไม่มีหนทางอื่นบรรเทาอาการผู้ป่วยแล้ว การวางเป้าหมายคือการลดอาการ มิใช่การเสียชีวิต และการหยุดอาหารและน้ำถือเป็นทางเลือก แต่ไม่ได้เป็น 'ข้อบังคับ' ในการลดระดับความรู้สึกในระยะท้ายของชีวิต

[20] Cherny NI, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. e.g. Jet Powered Engines. *Annals of Oncology*. 01 September 2014; 25(suppl_3): iii143–iii152

[21] หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect) เป็นหลักการจริยธรรมที่มีพื้นฐานมาจากหลักศาสนาคาธอลิก ที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง หลักการนี้ยอมรับการนำทารกออกจากครรภ์มารดาเพื่อรักษาชีวิตมารดา ดังนั้นหัตถการจึงทำไปเพื่อเจตนารักษาชีวิตแม่มิใช่ทำลายชีวิตเด็ก ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การลดระดับความรู้สึกในระยะท้ายของชีวิต (Palliative Sedation) หรือการการยับยั้งเครื่องพยุงชีพ/การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (Withholding/Withdrawal of Life-Sustaining Treatment) ด้วยเจตนาให้เพื่อลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จึงเป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรม แม้จะได้ผลลัพธ์ที่ไม่เจตนาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวก็ตาม

[22] David Solomon. Double Effect. In: Lawrence C. Becker, editor. The Encyclopedia of Ethics [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from http://sites.saintmarys.edu/~incandel/doubleeffect.html

[23] Stanford Encyclopedia of Philosophy. Doctrine of Double Effect [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from: https://plato.stanford.edu/entries/double-effect/

๔๕. หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests)

หลักการการตัดสินใจของแพทย์และทีมสุขภาพในการเลือกแนวทางรักษาแก่ผู้ป่วย โดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาแต่ละอย่าง และเลือกการรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความเสี่ยงน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย การตัดสินใจนี้ต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และทางสังคม[24]

๔๖. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making)

เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ โดยเป็นการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว หรือตัวแทนผู้ป่วย การตัดสินใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์[25]

[24] Donnelly M. Best interests, patient participation and the Mental Capacity Act 2005. *Medical Law Review*. 15 December 2008; 17(1): 1–29

[25] Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011; 105(4): 300–304

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๙ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ปัจจุบันประเทศไทยใช้นิยามการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดไว้ แต่หน่วยงานต่างๆ ยังตีความนิยามดังกล่าวแตกต่างกันตามบริบทและอำนาจหน้าที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เห็นว่าเพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานของการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย จึงควรจัดทำนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้นิยามปฏิบัติการที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ทั้งยังทำให้การดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของประเทศเป็นมาตรฐานเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา ๒๗ (๒) และ (๓) ประกอบกับมาตรา ๓๔(๔) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายสุพรรณ ศรีธรรมมา	ประธาน
๑.๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๓ ปลัดกระทรวงมหาดไทยหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๔ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๕ อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๖ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๗ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๙ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้แทน	กรรมการ

/๑.๑๐ อธิบดี...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) : ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ซ.ติวานนท์ ๑๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office : Floor 3, National Health building, 88/39 Moo 4, Soi Tiwanon 14, Tiwanon Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailar
Tel. +66-2832-9000 Fax. +66-2832-9001 www.nationalhealth.or.th Email : nationalhealth@nationalhealth.or.th

๑.๑๐ อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๑๑ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๑.๑๒ นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๑๓ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๑๔ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและเลขานุการ
๑.๑๕ ประธานคณะกรรมการปรับปรุงตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือผู้แทน	กรรมการและเลขานุการ

๒. อำนาจหน้าที่

๒.๑ จัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๒.๓ ดำเนินการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตามที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเดช ปิ่นประทีป

(นายพลเดช ปิ่นประทีป)
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ